225

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 mars 1905, à 1 heure

PAR

A. BEDOUIN

De la Faculté de Médecine de Paris

SUR LA

DÉMENCE PRÉCOCE

Président : M. JOFFROY, *professeur.*

Juges : MM. HUTINEL et BUDIN, *professeurs.*
MÉRY, *agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur le-Prince, 26

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESS.
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Je dédie ce premier travail comme un hommage affectueux de ma profonde gratitude.

A MON PÈRE

En témoignage de mon affection et de mon respect.

A MON FRÈRE

A notre solidarité dans la vie.

MEIS ET AMICIS

Ils me furent de précieux conseils.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Médecin de l'Asile Sainte-Anne
Professeur de Clinique des Maladies mentales
Chevalier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine.

Hommage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse.

AVANT-PROPOS

A la Faculté de médecine de Paris les plus modestes prennent une culture générale qu'au terme de leurs études ils savent reconnaître prépondérante pour leur carrière. C'est de cela surtout que nous pensons devoir être reconnaissant aux professeurs qui se donnent à l'instruction d'une foule d'étudiants.

Nous sommes persuadé qu'ils nous approuvent de distinguer la philosophie du praticien qui se fait intuitive des douleurs morales. Sans doute la valeur d'une vie médicale se mesure à la science de l'homme de conscience. Mais il est un ensemble de connaissances synthétiques pour ainsi dire qui permet seul et d'aborder les problèmes scientifiques et de concevoir l'art de guérir.

Nous avons suivi avec souvent de l'émotion presque tous les Maîtres, et nous pouvons affirmer que dans la masse de leurs auditeurs plus d'un, même obscur, les écoute.

Nous avons eu le grand honneur d'appartenir au ser-

vice de M. le professeur Reclus. Son infatigable ardeur à l'enseignement, sa maîtrise forcent l'admiration.

Notre stage médical s'est accompli chez M. le Dr Oulmont, médecin des Hôpitaux. Chez lui nous avons appris avec beaucoup de plaisir la clinique qui nous inspirera dans notre pratique.

Le professeur Maygrier nous a initié aux accouchements. Nous nous souviendrons toujours de ses excellentes leçons.

Nous sommes reconnaissant à M. le Dr Cullerre, dont nous avons été l'interne et qui nous a conseillé l'étude qui suit. Ce Maître nous a fortement impressionné en nous donnant chaque jour la conception vivante du médecin. Et puis ses causeries pleines d'humour et d'observation aiguë nous laissaient toujours soucieux d'apprendre.

Qu'il nous soit permis avant d'aborder notre sujet de rappeler ici ce que disait le professeur Roger à son cours inaugural : « La vérité n'est pas dans la foi, elle est dans le scepticisme. » A l'heure présente plus d'une preuve s'accuse. Et cette parole, si haute soit-elle, s'applique à toutes les manifestations de la pensée. La psychiatrie subit une évolution qui divise sur un point du moins les Écoles française et allemande.

Et des aliénistes discutent la démence précoce. Un jour nous les verrons aboutir et doter la pathologie d'une entité nouvelle.

Notre travail s'essaie à traduire ce scepticisme fécond.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

« La démence, dit Esquirol, est caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté ; l'incohérence des idées et le défaut de spontanéité intellectuelle en sont les signes principaux. La sensibilité affaiblie ne fournit plus que des sensations ternes et incomplètes ; l'attention, la réflexion, le jugement deviennent impossibles. L'enchaînement des idées se disloque complètement : après quelques paroles correctes, le dément perd le fil de la conversation, en oublie le sujet et tombe dans l'incohérence ; les idées les plus disparates se succèdent dans sa bouche sans liaison, sans ordre, sans motif ; il répète des mots, des phrases qui n'ont entre elles d'autre lien que des consonances fortuites et bizarres ; il parle sans avoir conscience de ce qu'il dit, comme s'il avait des comptes faits dans sa tête. » L'affaiblissement de la mémoire est le symptôme le plus important de la démence. Il commence par l'oubli des faits les plus récents, de la conscience du temps écoulé, des événe-

ments qui se sont passés depuis l'invasion de sa maladie. Le dément conserve encore longtemps le souvenir de ce qu'il a appris autrefois ; il est apte à faire de la musique, du dessin, à faire un métier, à jouer aux jeux les plus compliqués. Puis tout s'efface, il ne reconnaît plus rien ni personne, il ne comprend plus, s'abandonne, se laisse conduire, se cantonne dans une existence végétative et finit dans le marasme et le gâtisme.

Jusque dans les périodes les plus avancées de la démence, l'ancien vésanique conserve quelques traces de ses conceptions délirantes primitives et contracte certains tics bizarres. L'un marche sans cesse comme s'il cherchait quelque chose; l'autre passe des années assis ou accroupi à la même place ; celui-ci écrit perpétuellement, et ses écrits ne sont qu'un fatras incohérent où percent de temps en temps quelque idée fixe, quelque reliquat de son ancien délire; tel autre parle à voix haute, répétant indéfiniment les mêmes choses ; il y en a qui frappent constamment dans leurs mains, heurtent du pied la terre dans un mouvement cadencé, tournent en rond, se balancent, se contournent d'une façon bizarre et monotone. La physionomie reflète par son inertie et son apparence bestiale l'absence de tout sentiment et de toute pensée ; les traits sont flasques, empâtés ou bouffis, l'œil terne et vague, l'ensemble donne l'impression d'une sénilité anticipée.

En somme, si nous résumons cette description de la démence, nous trouvons successivement comme symp-

tômes cardinaux la dissociation affective, la suggestibilité, l'impulsivité, la stéréotypie, la verbigération, la paramimie, en un mot l'affaiblissement indéniable de la sensibilité, de l'intelligence, de la volonté, de la motricité. Esquirol écrivait en 1838, et sa description fut définitive. On n'y a rien ajouté depuis, on l'a seulement reproduite en langage différent.

Il convient de préciser ici les termes dans lesquels l'École Allemande entend définir la démence. Krœpelin, tout au moins quand il s'agit de sa démence précoce, se sert du mot « Schwaechezùstande » qui signifie affaiblissement intellectuel ; il éloigne le « Blödsinn » qui traduit la démence totale, celle qu'il est classique d'étudier dans les asiles.

L'École Française en accueillant l'entité, que d'ailleurs elle avait prise au début sous sa responsabilité, élargit sensiblement la conception de cette démence. Elle la caractérise par trois termes : la démence est primitive, c'est-à-dire qu'elle entre la première en scène; elle est globale, car elle se montre diffuse et généralisée aux trois grandes facultés psychiques ; mais — et c'est là ce qui lui confère une véritable spécificité, — elle est élective, parce que tout en intéressant l'ensemble des processus psychiques elle ne les atteint ni de la même manière, ni au même degré. Remarquons cet élargissement peut-être excessif de la définition. Mais peu importe d'ailleurs, car nous verrons que ces formes soit élective à symptôme isolé pour ainsi dire, soit globale à symptômes diffus, n'existent, sauf dans de rares observations, ni l'une ni l'autre ou séparées ou réunies en

tant que signes primitifs, d'emblée, qui permettent de caractériser la Démence dite Précoce.

Quoi qu'il en soit, jusqu'à une époque récente les auteurs considèrent toujours un état démentiel comme secondaire. Arrivent alors les adeptes des théories de Krœpelin qui, avec un désir compréhensible et certes très légitime dans son but veulent chez les sujets jeunes une Démence Précoce, d'emblée, une Démence primitive. Car l'entité que nous allons étudier se précise ainsi d'après ses partisans eux-mêmes : la précocité doit s'entendre non seulement du jeune âge des sujets chez qui apparaissent les troubles démentiels, mais aussi de la rapidité avec laquelle ils s'installent d'emblée pour ainsi dire et sans être précédés d'autres troubles psychiques. Les formes assignées à la nouvelle psychose ne sont pas affirmées avec moins de netteté. Suivant la prédominance de tel ou tel groupe de symptômes on distingue, avec Krœpelin, trois grandes variétés : la forme hébéphrénique ou maniaque, la forme catatonique ou stupide, la forme paranoïde ou délirante. En France, Sérieux admet une quatrième forme dite apathique simple. Cette synthèse paraît excessive et on arrive à englober presque toutes les maladies mentales chroniques. Dans quelle mesure la doctrine de la Démence Précoce est-elle justifiée, c'est ce que nous nous proposons de rechercher dans ce travail.

FAITS CLINIQUES

Etudions les faits cliniques. Voici tout d'abord une hébéphrénie (1) dont l'évolution s'est faite en un peu plus d'un an. Et ce qui frappe dans l'histoire de cette malade, c'est qu'il n'y a pas trace de Démence. Bien plus il y a une amélioration qui semble définitive. Qui pourrait même affirmer qu'il n'y aura pas guérison ? Nous voyons que cette jeune fille écrit avec une correction parfaite.

Elle garde bien entendu le style d'une paysanne, car l'asile n'a pu la transformer en lettrée. Mais elle reste simple, normale, comme elle l'était auparavant, comme elle le fut pendant, pourrait-on dire, car au point de vue démence elle ne montra pas même au milieu de son délire le simple affaiblissement dont parle Krœpelin. Sa lettre ne dénote aucune dissociation affective, aucune défaillance des mots, des phrases, aucun trouble de l'écriture. On y voit les entretiens naturels d'une enfant qui désire rejoindre les siens.

1. *Observ.* nº I.

Voilà donc une démence qui dès le début devait éclater, qu'on attend, qui ne vient pas, qui, espérons-le, ne viendra pas. Notons que les antécédents héréditaires bien qu'assez limités existent cependant, que d'autre part les antécédents personnels sont ici d'ordre infectieux.

L'observation suivante (1) a trait également à une hébéphrénie. A cette forme hébéphrénique se surajoute une forme à délire aigu panophobique.

Ici les antécédents héréditaires sont très nets et ils sont directs. Cherchons la Démence. Nous remarquons qu'il y a eu deux guérisons, d'où deux rechutes avant l'éclosion de cette démence, et que c'est seulement six ans et demi après la première entrée qu'elle consent à se manifester. Et qu'est elle ? En admettant qu'elle soit la démence vraie, classique, comportant tous ses signes, celle d'Esquirol, elle ne serait dans tous les cas qu'une résultante Et bien elle n'est même pas cela, car ainsi comprise elle n'existe pas.

A ce moment-là en effet, ce que nous voyons apparaître si longtemps après le début de l'affection c'est l'affaiblissement intellectuel de Krœpelin, le Schwaechezùstande, et deux années encore se suivent sans que se montre la démence absolue avec ses signes pathognomoniques (on trouve seulement de l'automatisme à la phase terminale). D'autre part ce « Schwaechezùstande », cette démence des Allemands, n'est-il pas donné comme le signe avant-coureur de l'entité. Ici

1. *Observ. n° II.*

nous le trouvons six ans après le début et il est loin d'être caractéristique, puisque la démence vraie tarde tant, que deux années ne la rendent pas encore évidente.

Un autre malade (1) prête à des remarques qui elles aussi ne sont pas en concordance avec la conception de la Démence précoce. C'est un délire qui fut d'abord une hypocondrie présentant une ébauche de systématisation. On pourrait dire que le début fut en paranoïa. Puis l'évolution se fit, et on vit apparaître une manie caractérisée, une hébéphrénie. Et tout d'abord on peut se trouver surpris de cette fusion des formes qui pourtant prétendent à être bien délimitées.

Un autre point est à retenir, c'est que chez cet individu le niveau intellectuel a toujours été fort peu élevé, que d'autre part le père fut un alcoolique toute sa vie et qu'on est autorisé à dire que le fils ne peut appartenir qu'à la classe des Dégénérés. Et c'est sans doute pour cela qu'ici la Démence apparaît d'autant plus vite. Cette démence est elle donc une Démence d'emblée, précoce ? Non elle met un an à se décider. C'est une démence consécutive, une démence résultante. Toute une année le malade a eu droit à une guérison, et c'est brutalement qu'il a évolué vers la phase démentielle mais complète, pathognomonique, ne lui laissant que les résidus de son délire. Et cette démence qui dès le début devait s'accuser, progresser, et s'établir en maîtresse, se montre comme la terminaison malheureuse

1. *Observ. n° III.*

d'un délire qui jusqu'au bout avait permis l'espoir d'une guérison.

Se présente un cas (1) qui répond ou plutôt répondrait assez exactement au type de Krœpelin. Et en effet un mois après le début on découvre un affaiblissement manifeste de l'intelligence. Cette fois le Schwachezùstande s'est montré relativement tôt, et l'on peut dire qu'il s'agit bien là d'un symptôme précoce. Peut-on affirmer que c'est bien une démence? Oui si l'on s'en tient à la définition allemande ; non, si l'on admet seulement la définition d'Esquirol. Car il convient de spécifier que même dans ce cas la démence vraie n'arrive qu'un an et demi après le début : ce n'est donc pas encore une démence d'emblée, mais une démence résultante. Toutefois admettons ici l'entité de Krœpelin et faisons des réserves : car si nous étudions la chose plus sérieusement nous constatons que le sujet ne manque pas de certains attributs qui pourraient en faire à juste titre un Dégénéré. D'abord le père est un alcoolique invétéré et sans que les renseignements le disent on peut admettre qu'il n'a pas attendu la venue de son rejeton, pour se livrer aux erreurs de la bouteille. Le fils semble d'ailleurs en avoir retiré un esprit assez bizarre.

On voit que deux ans avant de tomber il n'a pas hésité à consulter une somnambule. Cela n'a rien que de très normal et beaucoup de gens qui restent et resteront assez bien équilibrés n'hésitent pas à cher-

1. *Observ. n° IV.*

cher l'avenir dans ce moyen ; mais ce qui est moins normal c'est qu'il fut très impressionné par cette consultation et que même il se montra troublé dès ce moment. Il y a autre chose, et sans vouloir atteindre les sentiments d'une affection très légitime, nous trouvons un peu singulier qu'un garçon de vingt-trois ans, d'abord ait toujours vécu aux côtés de sa mère et qu'ensuite au moment de la quitter il en ait montré un chagrin tellement exagéré qu'il se prit dès ce moment à voir les choses sous un jour défavorable. Et il ne faut pas oublier qu'à quinze ans, le malade a fait une typhoïde, que d'autre part il est porteur d'abcès froids qui dénotent une bacillose. Enfin il a été exempté du service militaire, et si sa bacillose en est sans doute la cause, il peut se faire aussi que le sujet ait paru alors ne pas donner toutes garanties au point de vue mental. Toutes ces raisons suffisent pour suspecter fortement un lien avec la dégénérescence. Dans un autre ordre d'idées, on doit relever au point de vue du classement des formes imposées par la nomenclature des partisans de la Démence précoce les diverses phases par lesquelles a passé le délire : successivement nous y voyons un état de persécution avec phobies, un accès de manie qui correspond à l'hébéphrénie, une torpeur, une hébétude terminale qui peuvent en imposer pour une période catatonique.

Dans l'observation qui suit, l'incubation est longue (1). Il faut pour qu'éclate le délire trois années de troubles,

1. *Observ. nº V.*

non définis mais suffisamment nets, puisque la famille a su s'apercevoir d'un changement dans l'état habituel.

Il est juste de dire que trois mois avant le début il y eut une sorte de décision brusque à s'intoxiquer de liqueurs diverses. L'on pourrait presque dire qu'il a fallu cet appoint d'alcool pour faire naître la psychose. Peut-être sans cela le sujet eût-il évité l'asile ou bien s'il devait y venir, eût-il pu se modifier et guérir, échapper même à une démence à longue échéance. Dans tous les cas on peut constater qu'il a fallu un temps bien long pour amener cette Démence. Et qu'est-elle ? Ici encore une résultante, rien de plus. Ce malade montre en effet, que c'est seulement après deux années de délire qu'apparaît la Démence. Et si l'on ajoute que durant trois ans il y eut des troubles précurseurs on arrive à un total de cinq années.

C'est donc bien une Démence consécutive, résultante. Il y a autre chose, c'est la succession ou la transformation des formes. D'abord une phase maniaque, une hébéphrénie qui d'ailleurs s'est déroulée presque toute en dehors de l'asile puisque à l'entrée on n'en trouve que le reliquat ; ensuite une phase de stupeur qui débute environ quinze jours après : désormais il s'agit bien plutôt d'une catatonie.

Maintenant l'exemple d'une affection qui ne révèle aucune Démence dans son cours (1). Et ici la chose s'aggrave d'une persistance délibérée du délire pendant huit ans et demi environ après huit mois d'incubation.

1. *Observ. nº VI.*

Cette longue évolution sans qu'apparaisse seulement une Démence légère prouve qu'un sujet jeune ne fait pas fatalement de la démence vraie consécutive ou plus simplement de l'affaiblissement psychique. Ici rien, pas même de démence résultante. Pourtant la malade y avait droit. En effet la Dégénérescence est indiscutable, de plus il y a une typhoïde, enfin les ascendants sont plus ou moins tarés. Une chose curieuse dans ce cas c'est le polymorphisme du délire. Les diverses formes relevées se ramènent aux suivantes : au début à la première entrée c'est de la maine, de l'hébéphrénie ; puis la malade divague fort sur certain jeune homme et la voici en paranoïa ; enfin elle montre de l'aboulie, de la torpeur et penche fortement vers la stupeur catatonique. Elle se reprend. Et à sa deuxième entrée elle manifeste bien plutôt de la paranoïa pour ensuite se maintenir définitivement dans l'hébéphrénie. Telles sont les diverses phases de son délire.

Cherchons la démence dans la catatonie (1) qui succède. Un seul signe serait en faveur d'une Démence primitive, c'est l'impulsivité. Mais il y a lieu de remarquer que les impulsions chez cette malade ne sont pas celles des Déments.

Ce ne sont pas des actes irréfléchis, automatiques, sans but ; ce sont des actes voulus soit par instinct de défense soit par cohésion dans le délire. Le fait d'administrer un soufflet, de cracher dans ses mains pour

1. *Observ. n° VII.*

maculer les visages qui se présentent implique un effort vers un but raisonné. La malade se débarrasse d'êtres antipathiques qui pour elle représentent peut-être le diable dont elle parle tant. La chemise rejetée et déchirée correspond peut-être à une idée délirante que la malade nous cache ou à une hyperesthésie qui la fait se débarrasser d'un objet irritant. D'ailleurs un symptôme prédomine qui éloigne l'idée d'une démence primitive. Il n'y a pas de dissociation affective. La mère vient et l'enfant bien qu'obsédée par ses doutes (du début) court dès que celle-ci se dispose à s'éloigner, elle pleure à sa vue ; elle sait que sa mère est là, et elle lui conserve sa tendresse qui chez elle ne se manifeste pas cependant parce que sans doute son délire l'en empêche. Les autres signes de démence n'existent pas.

Il n'y a pas de Démence primitive. C'est d'ailleurs seulement un an après le début que l'on constate cette démence avec ses signes classiques. C'est donc bien une Résultante. Notons encore que les antécédents héréditaires existent ici, mais ils sont relativement éloignés puisque c'est une grand'mère qui fut aliénée.

Nous arrivons à l'histoire d'une catatonie qui prête à quelque ambiguïté (1). Pourtant, il est possible d'en délimiter exactement les diverses périodes. Il est manifeste en effet que tout d'abord le délire prend en catatonie et que celle-ci dure un temps assez long. Mais ce qu'il importe de préciser, c'est que pendant

1. *Observ. n° VIII.*

toute cette période il n'y a pas trace de Démence.

Cette catatonie du début fait place à un délire orgueilleux et incohérent correspondant assez bien à la forme paranoïa et qui d'ailleurs ne persiste pas longtemps. C'est à ce moment seulement et presque avec le délire paranoïaque qu'apparaît la démence. Si l'on ne tenait compte que de cet épisode, on pourrait en inférer que le délire et la démence sont apparus à la même époque. Mais nous nous souvenons que déjà auparavant la maladie a évolué pendant une assez longue période en catatonie, et par conséquent cette Démence arrive bien là encore comme une résultante. D'autre part nous constatons que la catatonie a cédé pour faire place à une paranoïa laquelle n'a pas tardé à se récuser; et une fois de plus les formes s'entremêlent dans l'histoire de ces démences précoces. L'hérédité ici est très chargée; elle est caractéristique et il semble qu'elle se plaise à imposer une suite fâcheuse. L'âge du sujet bien qu'un peu en dehors des cadres établis correspond encore d'après la plupart des auteurs à celui qui convient à la Démence des jeunes sujets.

Krœpelin lui-même ne s'arrête que vers les 35 ans.

Vient une dernière catatonie. Mais plutôt il faut spécifier que cette forme n'est que secondaire (1). En effet le premier accès, celui de l'entrée, correspond à une hébéphrénie. Celle-ci se transforme plus tard là aussi et nous avons une catatonie. Toutefois cette cata-

1. *Observ. n° IX.*

tonie qui se fait jour alors que l'orage se calme semble bien n'être ici qu'un phénomène secondaire et tardif précurseur de la Démence, car des impulsions viennent de suite donner l'éveil. Il n'est pas possible de dire que c'est une démence d'emblée, primitive, précoce. En effet envisageons d'abord le premier accès, l'hébéphrénie. Ici, c'est mieux que probant, c'est négatif. Il n'y a pas eu de démence ni primitive ni consécutive ; ni l'une ni l'autre ne sont venues. La crise s'est terminée par une guérison manifeste qui donne à la malade un repos complet et lui rend ses facultés intactes. Le deuxième accès qui vient longtemps après et qui comme nous l'avons dit se transforme en catatonie donne bien une Démence indiscutable presqu'aussitôt. Mais c'est à ce deuxième accès seulement qu'apparaît cette démence ; c'est six années après la première atteinte.

Il s'agit donc bien là encore d'une démence résultante, et résultante de deux délires entrecoupés d'une rémission qui un instant aurait pu en imposer pour un danger définitivement écarté. Nous pensons qu'il y a lieu d'ajouter que la malade est une dégénérée, ne serait-ce que par sa conformation crânienne, et que chez elle il était à prévoir moins de résistance à la Démence. L'hérédité est chargée.

Voici une paranoïa intéressante à plus d'un titre (1). Tout au début nous constatons un affaiblissement de l'intelligence qui devient paresseuse, dolente. Nous sommes en présence d'une démence d'emblée, primitive,

1. *Observ. n° X.*

telle que la veut Krœpelin. Étudions la chose d'un peu près. Tout d'abord cette paresse cérébrale est-elle si subite, si prédominante au début qu'il faille en faire un élément de diagnostic ? Ce jeune séminariste est aussi un fils des champs dont la famille a cru devoir faire si non un génie du moins un intellectuel dans sa petite sphère. Qui pourrait nier qu'il a été violenté pour ainsi dire dans son évolution normale ; qu'il a dû faire effort pour obéir ou, qui sait, suivre une inclination malheureuse chez beaucoup de gens de la campagne ou même des villes qui veulent l'instruction à outrance et les avantages qu'ils croient s'y rattacher ; que cet effort vaincu au moment où la puberté le prenait avec ses études, il est descendu peu à peu de son piédestal pour retomber sur des assises plus modestes, plus conformes à ses antécédents, à ses origines ; que, fatigué, cette chute l'a diminué sensiblement et qu'il a dissimulé longtemps de son mieux l'insuffisance qu'il n'avait cessé d'avoir pour des destinées qui n'étaient pas les siennes. Quoi qu'il en soit, il convient de bien spécifier que c'est seulement tout au début, à un moment défini, qu'est signalé cet affaiblissement de l'intelligence.

Que devient-il donc? Il va progresser sans doute et amener peu à peu une démence absolue qui justifiera le diagnostic de démence précoce. Du tout. Il ne progresse pas, il reste tel ; et dans la suite nous n'avons à constater ni la démence d'emblée ni la démence résultante. Car il se produit ce fait que nous ne constaterons aucune démence pendant la durée du délire,

du moins sur une très longue période de ce délire. Et la preuve en est dans la lettre dont nous donnons un extrait. Rien là qui soit à reprendre. Le délire s'y étale avec complaisance, mais il s'exprime bien. Aucun trouble de la phrase, du mot, de l'écriture, aucune incohérence ; pas de stéréotypie, pas de salade de mots, c'est un délire qui s'explique. Il roule sur le souci continu d'être un sauveur, il est empreint des mêmes préoccupations hypocondriaques ; mais il ne révèle aucune dissociation affective, et même on serait embarrassé pour y trouver un affaiblissement de l'intelligence qui soit manifeste. Donc voilà un type de paronoïa qui à aucun moment n'est suivi de démence. Cette démence viendra-t-elle fatalement ? Personne ne saurait le dire. Pourrait-on même affirmer que le malade ne guérira pas ? Les partisans de la doctrine le voudraient.

En réalité, ils ne sauraient se baser sur un seul signe positif. Nous avons interrogé le malade bien souvent, et jamais en dehors ou pendant son délire, il ne nous a laissé voir une défaillance de l'intelligence. Ce séminariste d'une instruction au-dessus des gens de sa classe garde l'intellect acquis. Dans un autre ordre d'idées, il y a une remarque importante à faire : au cours du délire la systématisation est indiscutable. Que l'on s'adresse à ses préoccupations mystiques ou bien que l'on envisage ses soucis d'hypocondriaque, toujours on voit que les éléments de ce délire se lient rationnellement jusque dans une ébauche d'idées de persécution, qu'en un mot ils se systématisent.

Une seconde paranoïa, n'est pas moins intéressante (1). Il est indiscutable en effet que la Démence ici n'est qu'une résultante ; elle vient seulement huit ans après. Et même il y eut au milieu de la psychose une guérison de trois mois qui constitua une sorte d'intermède, une pause pendant laquelle le sujet reprit ses sens, atténua la portée de son délire, et ne lui permit pour ainsi dire de nouvelles manifestations qu'après avoir pris les forces nécessaires pour lutter contre une échéance qu'il a reculée de longues années et que peut-être il aurait ajourné indéfiniment si diverses déchéances physiques telles que l'amaigrissement ne l'avaient mis en état d'infériorité. Etait-il alors logique de pronostiquer dès le début et surtout devant une guérison la démence future sans alternative d'une meilleure issue. Assurément non ; et là comme dans toutes les autres psychoses il eut été singulièrement osé d'affirmer ou d'infirmer, de renseigner en somme les proches sur les suites probables de la maladie. Quoi qu'il en soit cette Démence consécutive, cette résultante ne se montra qu'après huit années.

La lettre, dont nous donnons un extrait est d'une époque où déjà la démence aurait dû faire son apparition. Or rien dans cette lettre ne signale un dément : il n'y a pas de stéréotypie, pas de salade de mots, pas de troubles de l'écriture. On y voit le délire orgueilleux des paranoïa, et des mots forgés, des néologismes comme il convient chez ces malades. Il y a autre chose à noter : entre les deux entrées il y a eu une transfor-

1. *Observ. n° XI.*

mation de l'hypocondrie en délire mystique et mégalomanie, de plus il est signalé des accès de manie qui correspondent assez à la forme hébéphrénique et se surajoutent ainsi à la paranoïa. Un autre point est à retenir comme dans le cas précédent : il y a systématisation. Enfin l'hérédité est multiple.

Se présente encore une paranoïa (1). C'est une démence primitive, une démence d'emblée, une démence précoce. Oui, sans doute ; si l'on s'en tient au Schwaechezùstande des Allemands, la chose ne saurait être discutée. Ici l'affaiblissement de l'intelligence dont parle Krœpelin est sensible dès le début : la malade reste affaiblie, elle montre un affaiblissement manifeste. Oui, mais ce n'est qu'une démence toute partielle ; on y voit seulement l'affaiblissement de l'intellect et de l'insensibilité affective. Et cet état, il faut bien le remarquer, va rester stationnaire pendant cinq ans. En effet la démence type avec ses signes complets ne se décidera que cinq ans après le début. Il y a donc lieu de faire des réserves surtout étant donné que c'est la famille seule qui l'a dite affaiblie.

Or qu'était cette femme avant d'entrer à l'asile ? Peut-être une instable qui à un moment déterminé s'est laissée déchoir d'une façon plus saisissante pour son entourage et en a imposé pour un cerveau subitement affaibli alors qu'elle démontrait seulement son insuffisance à lutter contre le délire tout proche. Et puis, que sont les antécédents héréditaires chez cette malade ? Ils ajouteraient, s'ils s'existent, un appoint sérieux à l'éclo-

1. *Observ. n° XII.*

sion de la maladie et à sa marche. Toutes ces questions n'ont pu être éclaircies car les renseignements sont incomplets. Ils ont leur importance. Dans tous les cas ou on admet l'affaiblissement du début et on se trouve en présence de l'entité de Krœpelin, mais on peut opposer d'abord que la malade pouvait être une affaiblie depuis son jeune âge, ensuite que ce symptôme a persisté cinq ans sans se modifier, qu'il s'est éternisé par conséquent avant d'amener successivement les caractères d'une Démence vraie ; ou on rejette le signe prémoniteur et on constate ici comme ailleurs un délire dont l'éclosion se fait normalement et qui après un temps plus ou moins long aboutit à une démence consécutive, à une résultante en un mot. Et il y a lieu de supposer que cette dernière hypothèse est la plus vraisemblable, car on ne s'explique guère pourquoi un premier symptôme de la Démence, l'affaiblissement de l'intelligence attendrait cinq années pour laisser apparaître tous les autres signes qui classiquement la constituent.

A un autre point de vue, il faut noter encore ici la systématisation. En effet, celle-ci vient peu à peu et, moins d'un an après le début, elle se montre complète : c'est désormais un délire chronique de persécution et de grandeur (1).

1. *Les dates d'apparition de la démence ainsi que les autres éléments de ce travail ont été pris sur les registres de la loi, les observations du service et les certificats d'entrées. Tous ou presque sont de la main de M. le Dr Cullerre qui chaque matin voit chacun de ses malades. Il ne saurait donc y avoir de doute sur leur exactitude.*

DISCUSSION

Ces faits cliniques ne nous invitent pas à concevoir la démence précoce comme une entité nettement définie.

Et en effet, les critiques en sont trop faciles et trop nombreuses.

Dans toutes les pathologies, générale ou spéciale, les termes d'une maladie sont implicitement contenus dans sa description. Ici, la Démence et la Précocité non seulement ne sont pas évidentes, mais encore souvent n'existent pas. Et pourtant nous prenons les formes exigées par les partisans de la doctrine.

Tout d'abord, plusieurs cas se présentent sans démence quelle qu'elle soit. La maladie évolue, le délire s'éternise même ; il fait plus, il régresse et permet l'espoir d'une guérison. Que penser d'une description annoncée sous un titre qui la résume pour ainsi dire et qui trompe sa définition même.

Il faut croire dans cette occurrence qu'il est plus rationnel de laisser aux anciens classements ces formes

qui ne sauraient s'accommoder des nouveaux et d'attendre qu'une étude plus approfondie des classifications en psychiatrie permette de les donner définitivement à une entité nouvelle fermement établie. Ainsi elles ne risqueront pas de nuire à la Démence précoce qui, pour être inapte à tout englober, n'en est pas moins susceptible peut-être d'avoir sa place dans les cadres de la pathologie mentale.

Mais, si nous poursuivons l'étude faite précédemment nous voyons que cette fois c'est la Précocité qui se trouve en défaut. Il y a une Démence, celle classique d'Esquirol. Qu'est-elle? Consécutive. C'est une résultante. Nous ne trouvons pas de Démence vraie qui soit précoce, qui soit d'emblée; nous ne trouvons pas davantage d'ailleurs et à aucun moment l'affaiblissement primitif de l'intelligence, la démence primitive de Krœpelin.

Nous sommes assez désillusionné, car nous pensons qu'alors dans cette entité comme dans presque toutes les autres en psychiatrie la Démence arrive ou n'arrive pas, mais se montre seulement comme une issue malheureuse, sans s'annoncer, après avoir permis au délire d'évoluer, de régresser, de faire espérer, de reparaître, de s'accentuer et enfin de tout détruire. C'est secondaire et c'est terminal. Nous voilà donc en présence de psychoses dont la définition impliquait un diagnostic et un pronostic immédiats, point capital et condition primordiale pour toutes les maladies, et qui nous laissent hésitants et tremblants non seulement pendant un temps assez court, mais pendant des mois et des années, quelquefois plus de huit années. Et

l'on se représente volontiers l'embarras d'un médecin consultant et plus encore d'un médecin légiste devant un pareil cas, car c'est la pathologie à rebours. Le diagnostic, le pronostic sont impossibles puisque leurs éléments n'apparaîtront que sur le tard à une époque indéterminée et qu'au début nous n'aurons à mettre sur l'observation que l'étiquette d'un délire dont l'évolution ou plutôt la terminaison nous est totalement inconnue. Il ne saurait y avoir, que nous sachions, de diagnostics rétrospectifs dans aucune pathologie. En somme étant donné que, sauf exception, la démence chez les jeunes sujets est précoce quant à leur âge et non quant à leur maladie mentale, il faut reconnaître qu'il devient extrêmement difficile si non impossible d'étudier et d'affirmer l'entité quand il s'agit du diagnostic puisque celui-ci comme le pronostic ne peut se faire qu'ultérieurement.

Les exemples sont là. Autant dire que la Démence précoce ne se rencontre pas. Et une assertion telle que la suivante est contraire à l'observation : « Tous les troubles mentaux qui apparaissent chez de jeunes sujets doivent faire penser à la Démence Précoce » (Congrès de 1900).

Et dans ces cas auxquels sont reprochés de si graves lacunes, on ne saurait prouver qu'il existe à la période d'invasion un élément quelconque susceptible d'étayer le diagnostic qui jamais ne pourra se faire à une époque même relativement rapprochée du début, car si nous cherchons sa probabilité aux diverses phases de la maladie nous trouvons quelquefois des pré-

somptions, mais si vagues comme l'embonpoint, nous ne trouvons jamais des signes positifs qui puissent nous permettre, à une époque voisine ou éloignée, d'affirmer pour bientôt ou très tard une Démence qui dans la plupart des cas surviendra brutalement, même après des rémissions trompeuses dans le délire. Et nous sommes séduits par la théorie de Ziehen, qui avec une prudence assez compréhensible divise les troubles mentaux des jeunes sujets sans rien préjuger de leur avenir. En premier lieu se placent les psychoses de la puberté ; en second lieu viennent les démences précoces. Ces dernières sont très rarement des entités ; toujours ou presque elles sont des résultantes des psychoses précédentes.

Toutefois plusieurs des cas que nous présentons nous ont donné dans leur discussion des éléments qui semblent en faveur de la démence précoce. Quelle est leur portée? Il s'agit ici de la démence primitive de Krœpelin, démence d'emblée, globale ou non, dans laquelle doit prédominer avant tout et presque exclusivement le simple affaiblissement de l'intelligence dès le début.

Nous avons vu qu'ainsi comprise cette démence existe dans quelques observations où seul l'affaiblissement de l'intelligence s'est montré au début de la psychose à l'exclusion de tous autres symptômes démentiels qui très longtemps après seulement constitueront la Vraie Démence, celle d'Esquirol, ou même ne viendront pas du tout et laisseront le sujet indemne guérir peut-être de son délire. Il importe tout d'abord d'envisager la Démence à ses diverses périodes, car la

Démence a des degrés. Il est certain qu'une démence peut rester larvée, qu'elle peut n'être que légère, qu'elle peut enfin être totale ; dans les trois cas le délire l'accompagne, plus ou moins intense généralement.

Mais dans le premier les signes classiques ou bien sont vagues, indéterminés et ne peuvent être diagnostiqués avec assurance, ou bien sont incomplets, isolés et éloignent toute certitude. Dans le second, nous avons ou un ensemble de symptômes plus ou moins accusés qui en imposent, ou quelques manifestations classiques qui réunies enlèvent le doute ; nous pouvons avoir encore un signe unique mais bien caractérisé ; toutefois cela est perdu presque toujours au milieu du délire, et quand celui-ci a disparu nous trouvons un malade qui pour laisser voir une diminution évidente de son intellect n'en est pas moins encore très disposé à faire acte de personnalité, à garder une lucidité largement suffisante et à reprendre le cours ordinaire de ses travaux. Tout n'est pas annihilé comme dans le dernier cas où le délire se trouve relégué au second plan et donne toute liberté à la démence classique, la démence vraie, d'Esquirol, d'égrener la série de ses symptômes avec une régularité désespérante et définitive : tout est fini, tout est détruit, et le malade sans cerveau n'est qu'une loque qui ne reverra plus la vie extérieure et dont l'asile est le salut que lui ont voulu ses semblables pour lui assurer son existence désormais purement végétative. Ajoutons que la Démence peut être ou progressive et parcourir dans un temps plus ou moins long ces divers stades de son

évolution, ou déterminante et s'arrêter à l'un quelconque de ces stades. Si nous nous en tenons à la forme larvée, nous ne comprenons guère qu'il soit possible de baser un diagnostic sur des signes aussi vagues. Nous préférons croire que les partisans de la Démence Précoce s'adressent à la forme légère. C'est en effet celle qui répond le mieux à la description de Krœpelin ; c'est celle aussi à qui l'on permet plus volontiers le symptôme isolé du Schwaechezùstande.

Nous avons dit qu'ainsi comprise cette démence est évidente dans quelques observations. Qu'il nous soit permis de ne pas en être autrement surpris. Dans toutes les psychoses, quelles quelles soient, cette démence légère peut se rencontrer, et nous ne sachons pas que pour cela on ait prétendu faire de chacune d'elles une entité indiscutable. Il serait surprenant que le cerveau, exceptionnel par là, eût une façon différente des autres organes de supporter les atteintes de la maladie : un foie adultéré par une cause quelconque s'améliore sous l'influence d'un traitement; il guérit en ce sens qu'il n'occasionne plus les troubles pour lesquels le patient a dû le soigner, mais il ne récupère pas sa vitalité antérieure ; ses cellules sont diminuées fonctionnellement et pourtant elles arrivent encore à remplir la fonction d'une façon satisfaisante sinon complète. Dans toutes les maladies, dans toutes les vésanies on trouve au début, au cours ou à la fin des signes de diminution fonctionnelle. Quand dans une pychose, il y a des prodromes, on constate l'affaiblissement de l'intellect et même des troubles de la sphère morale sans que la

maladie soit d'ordre démentiel. Mais, sans vouloir insister, admettons que la démence légère soit pathognomonique d'une entité bien établie. Sur quoi se baser alors, en l'absence de signes cardinaux, pour légaliser un diagnostic? Car à quel moment exact sera-t-on autorisé à déclarer la démence indiscutable, à quels caractères légaux devra-t-on se rallier pour dire avec assurance qu'une psychose est dès maintenant démentielle d'emblée. Les uns la diagnostiqueront trop tôt, les autres trop tard, tous sur des signes élastiques et qu'on ne manquera pas de tirailler à l'excès. Et puis comment évaluer le déficit intellectuel de chacun sans avoir sur les antécédents des renseignements tellement précis qu'ils sont impossibles. Ce sera et c'est une affaire de nuance.

Sur quelles nuances sont alors basés les diagnostics! Et en effet la démence de Krœpelin est d'une variabilité excessive. Ou elle se montre indéterminée et ne se décide ni à progresser ni à régresser si bien qu'on attend presqu'indéfiniment l'heure où une nuance plus poussée conduira au diagnostic ; ou elle est extrêmement vague, de couleur indécise, si difficile à distinguer qu'on ne saurait même l'affirmer, se borne à ce rôle, semble même disparaître, et n'apporte en somme aucun élément qui permette de se prononcer ; ou ses tons sont si vifs qu'ils en imposent pour une débilité native. On ne voit vraiment pas quand elle est celle qui dénonce le diagnostic et le pronostic. Bien plus, elle se donne quelquefois une nuance déterminée et qui autorise une conception définitive de la pychose, alors

elle disparaît totalement et le sujet marche à pas rapides vers la guérison. Nous pouvons dire qu'il s'agit là d'une pseudo-démence passagère.

Oui, c'est bien le cas de lui donner cette épithète de pseudo-démence. Et d'ailleurs dans toutes les observations qui la comportent, ses nuances sont si variables, encore une fois, qu'on ne saurait s'arrêter à l'une d'elles pour affirmer qu'on a devant soi une Démence Précoce légale. C'est une preuve indiscutable de la nécessité pour l'entité que nous étudions de consentir à une Démence définie, légale. Il faut l'entente absolue sur ce point. Sans quoi quels mécomptes! Les diagnostics les plus fantaisistes peuvent se donner carrière avec des apparences de vraisemblance qui à un moment donné détruiront l'édifice échafaudé sans souci de la base et décourageront même les adeptes de la recherche précoce des signes d'une démence chez les jeunes sujets. Combien alors il apparaît utile de n'accepter que des symptômes évidents, ceux classiques jusqu'ici, de n'accepter en un mot que la démence totale d'Esquirol. Mais nous pensons qu'il y aurait quelque fatigue à la dépister dès le début puisque, nous l'avons vu, elle se montre toujours consécutive, résultante. Et puis cette démence des partisans de la doctrine avec son affaiblissement primitif de l'intelligence comme symptôme, presqu'isolé devient envahissante.

Tout est démence, on ne s'arrête plus. A la puberté, pour des travaux scolaires épuisants ; à la maturité, pour des entreprises absorbantes ; aux frontières de la vieillesse surtout pour des forces amoindries ou des

chagrins il peut se manifester des fluctuations de la puissance intellectuelle qui chez certains inclinent vers une diminution très sensible, sans pourtant que cette dernière annihile les fonctions cérébrales nécessaires aux luttes de l'existence. Sont-ce donc des déments tous ces lutteurs dont la force reste en éveil bien qu'elle ait été vaincue à un moment de fatigue ? Sont-ce aussi des déments ces neurasthéniques dont visiblement les facultés cérébrales dorment par épuisement, mais se réveilleront à l'instant de la rénovation physique ? Sans aller aussi loin, nous sommes autorisés à être sceptiques. En somme l'aspect clinique de la psychose tient à l'âge, à la maturité juvénile, au développement incomplet cérébral ; il n'a rien de pathognomonique et l'incohérence n'est pas particulière aux jeunes sujets. Il faut avancer en outre que les symptômes sont flottants, mal définis : cet affaiblissement primitif et progressif, ces troubles de la sphère morale ne sauraient donner, comme nous le disons plus haut, une mesure exacte du symptôme légal pour un diagnostic d'emblée. Il faut aussi reconnaître que cet affaiblissement, ou dans nombre de cas n'existe pas, c'est entendu, ou dans d'autres cas est impossible à dévoiler au milieu d'un délire et échapperait au plus averti. Enfin il n'y a rien qui rappelle la paralysie générale, la seule entité définie, où dès le début s'affirme une démence progressive mais qui prend sa caractéristique dans des signes physiques immuables qui à côté permettent seuls le diagnostic ferme. Rien de semblable dans la démence précoce. Ajoutons que

l'apparition même de l'affaiblissement de l'intelligence, ce signe qui doit faire le diagnostic, est variable : tantôt ce sont les prodromes qui le comportent, tantôt ce sont les débuts mêmes de la maladie ; il arrive que c'est à la fin seulement de la psychose qu'on peut l'entrevoir.

Envisageons un autre point de vue. Nous pouvons nous demander s'il y a lieu de séparer les démences précoces des dégénérescences. Les antécédents personnels des malades ne nous y invitent pas. Les auteurs ne s'accordent guère sur ce point ; pour les uns la démence précoce évolue chez des sains, pour les autres chez des tarés. Nous devons constater que toujours il faut incriminer la dégénérescence : tous les précoces sont ou des débiles, ou des infantiles, ou des faibles d'esprit : des dégénérés ; et quand on trouve une psychose qui correspond à la description des déments précoces on est sûr de tomber sur une tare. Les caractères dégénératifs sont la plupart du temps accentués ; l'infantilisme ou le retard du développement organique dont les stigmates s'accusent ne fait pas de doute. Et d'ailleurs, bien que la maladie puisse atteindre tous les niveaux intellectuels, il faut reconnaître qu'elle s'adresse bien plus volontiers aux mentalités inférieures. Nous avons fait le relevé de soixante hébéphrénies prises au hasard et sans recherches spéciales à ce sujet et nous sommes arrivés déjà aux chiffres suivants : onze débiles, six faibles d'esprit, trois infantiles. Il en est de même pour les catatonies et les paranoïa. Nous sommes persuadés qu'avec tous

les éléments voulus, on constaterait dans tous les cas une tare quelconque.

La transformation des formes imposées à la démence précoce par ses partisans est évidente dans trop de circonstances pour qu'il soit utile de s'y arrêter longtemps. Nous l'avons constaté souvent au cours de l'étude des observations. L'inconvénient est manifeste ; et on imagine difficilement qu'il faille une exception en pathologie mentale pour admettre des cadres qui sans cesse sont brisés, se heurtent et s'entremêlent les uns les autres. Dans toutes les pathologies, les formes sont bien distinctes tout en comportant chacune les symptômes types de la maladie, et on est toujours à l'aise pour faire, par exemple, le diagnostic d'une typhoïde délirante avec sa voisine adynamique. Ici, l'hébéphrénie peut être à un moment une catatonie, à un autre une paranoïa, puis redevenir une manie chronique, cela chez un même sujet qui quelquefois réunit plusieurs formes. C'est la synthèse complète. Tout au plus pourrait-on admettre que la démence précoce est une et comporte alternativement des formes diverses chez un seul sujet. C'est supprimer les cadres.

Mais il est un autre reproche qui pour la paranoïa tout au moins arrive à faire douter de l'existence même de la démence précoce. On ne peut refuser de constater que dans nombre de cas la systématisation est évidente. Le délire est très limité, ou bien il est très touffu ; mais dans les deux cas, il présente tantôt un rudiment de systématisation, tantôt une folie systéma-

tisée telle qu'on la conçoit classiquement. On en est conduit, comme le fait Krœpelin, à tout englober. Un grand nombre de folies systématisées rentrent ainsi dans le cadre de l'entité en question ; et alors la démence précoce s'élargit tellement qu'elle accapare presque toutes les folies chroniques. Que dire d'une maladie qui à elle seule comprend toute une pathologie ? Il est juste d'ajouter que cela se présente seulement pour une des formes.

Enfin il convient de constater au terme de cette étude l'hérédité que d'ailleurs on admet généralement. Les exemples abondent et nous l'avons nous-même relevée dans presque toutes nos observations. La plupart sont même très chargées, et il n'est pas impossible de voir trois et quatre des membres d'une famille précéder la psychose chez le malheureux descendant. Quelle conclusion en tirer ? Nous ne saurions mieux faire que nous rattacher à l'opinion de M. le professeur Joffroy qui voit dans la démence précoce une maladie familiale. Cela nous ramène évidemment à ce que nous disions plus haut au sujet de la dégénérescence. Et nous sommes encore plus enclin à penser que la démence précoce, quand elle existe, est une démonstration péremptoire de ce que peut le passé d'une famille sur l'avenir d'un jeune sujet.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Une jeune fille de dix-neuf ans entre à l'asile. C'est une servante des champs dont les occupations très régulières d'ailleurs ne furent troublées qu'à l'occasion d'un incendie qui éclata quelques années auparavant dans la métairie où elle travaillait. Elle fut frappée et délira quelques jours. Il est vrai qu'elle avait gagné une broncho-pneumonie en s'employant trop activement à éteindre le feu. De plus, à ce moment, elle avait ses règles, et elles s'arrêtèrent subitement. Depuis, sa santé se fit précaire; plusieurs fois, elle dut quitter son service pour se soigner ; enfin ses règles furent irrégulières. Mais sa mentalité resta normale.

Il y a quelques semaines, la jeune fille retombe malade et, à cette occasion elle commence tout à coup le délire qui l'amène: elle ne peut plus supporter ni son père ni sa mère ; elle veut se sauver de chez elle ; elle se livre à un bavardage confus et tutoie tout le monde indistinctement. A son entrée, elle est en état d'excitation maniaque; ses propos incohérents alternent avec du mutisme et des rires silencieux. Elle refuse de rester

dans son lit, de s'alimenter régulièrement ; elle présente des périodes d'agitation que suivent des accalmies pendant lesquelles se manifeste une certaine malice qui lui fait employer des mots à double entente ou refuser systématiquement de faire ce qu'on lui ordonne. Malgré la maladie signalée dans les commémoratifs, l'état physique est très satisfaisant. L'agitation qui en somme prédomine persiste une quinzaine, puis la malade reprend presque conscience ; elle est calme et raisonnable. Toutefois, sa lucidité n'est pas parfaite ; ses écrits à sa famille, son langage diffus le prouvent Il y a même quelques préoccupations mystiques. Mais bientôt une amélioration survient, et la jeune fille reçoit ses parents avec plaisir, elle leur témoigne des sentiments normaux, elle se plaint seulement de fatigues, de douleurs gastriques, de céphalée. Il y a deux mois que dure le traitement ; elle sort guérie. Elle va revenir. La malade reste normale environ six semaines. Puis elle se montre apathique ; elle ne mange plus, ne parle plus, reste concentrée, semble écouter des voix. Elle se jette à l'eau ; on la sauve. Elle demande sans cesse un couteau pour se tuer, elle veut s'en aller, elle se plaint de sa famille. Elle ne dort pas.

Ses règles sont régulières. Il y a 4 mois qu'elle est sortie quand elle entre à nouveau.

Elle est très délirante avec du désordre des actes, de l'incohérence des idées, des préoccupations érotiques. Elle se calme un peu toutefois, mais elle montre un caractère intraitable, des idées fixes ; et c'est de l'excitation maniaque qui se fait jour. Il s'y ajoute des impulsions, des caprices bizarres, de la malpropreté ; elle réclame des remèdes, se plaint qu'on la soigne mal, veut qu'on lui passe la sonde. Puis c'est une phase d'apathie et d'indifférence totales accompagnée d'engraissement. Pourtant

l'état mental s'améliore sensiblement et environ 5 mois après le début la malade, tout en conservant son embonpoint, reprend son état normal. Elle travaille très régulièrement, se montre docile, très raisonnable. Voici d'ailleurs un passage d'une lettre qu'elle écrit à cette époque : « Chers parents, Je suis contente de vous écrire, Parceque Je pense Que vous serait content de savoir que je suis en bonne santé et que je pense plus encore en vous et que Je Pense aussi vous voir avant Que sa soit bien longtemps Je ne sait pas Quand sa sera bientôt le moment du retour, mais il faut Espérer que de ce tour-là Je serait bien guéri Pour ne pas retourner ici d'autre fois car s'ait bien plus pénible encore. Cher Parents Je n'ait rien autre chose à vous dire Quand attendant le moment de vous revoir je finit ma lettre en vons embrassant tous de tout mon cœur. »

« Cette jeune fille a des antécédents personnels. Toute jeune elle eut des convulsions ; de tout temps elle fut une nerveuse ; enfin elle a contracté la rougeole et la scarlatine. Il y a des antécédents héréditaires : la mère est de faible constitution, un frère est mort épileptique, un oncle paternel est mort de congestion à 45 ans.

OBSERVATION II

Un homme de trente ans donne des signes d'aliénation depuis un mariage manqué dont il a éprouvé un grand chagrin. Le certificat médical le dit atteint tout d'abord d'une dépression qui dure quelques jours, puis de manie aiguë avec agitation violente ; il frappe les personnes qui l'entourent, brise les objets qui lui tombent sous les mains, arrache du lit un de ses

jeunes parents et cherche à le tuer, démolit les meubles, les portes, sort dans la rue pieds nus et en chemise.

A l'entrée, le malade se modifie. Quinze jours durant il reste hébété, hagard, ne parlant pas, mais se précipite, tout à coup sur les personnes qui se présentent ; il semble en proie à un délire aigü panophobique intense. Vu dans sa cellule, il reste muet et ne se départ de son mutisme que pour demander la camisole. Puis une nouvelle phase survient : il s'agite, chante, pérore, tient des discours incohérents ; son allure est hautaine, son regard brille, il joue l'inspiré, il vomit des injures. Par moments il semble nourrir des idées ambitieuses. La manie persiste longtemps ainsi avec des alternatives d'agitation et de calme. Mais progressivement l'amélioration devient manifeste ; le malade travaille avec intelligence. Un an et demi après le début il sort guéri. Deux ans et cinq mois se sont écoulés quand cet homme est amené pour la seconde fois à l'asile. Il est en proie à un violent accès d'excitation maniaque. Tout en gardant un mutisme complet il se précipite sur ceux qui l'approchent, cherche à les frapper, il court pieds nus dans la cour, il déchire ses habits : l'agitation est incoërcible, il y a une obtusion complète des idées. Longtemps il refuse de s'alimenter, puis spontanément il se plaint de la faim et mange seul. L'amélioration cette fois se montre dès le troisième mois. L'état physique est excellent ; l'état mental est redevenu presque normal: l'agitation a complètement disparu, le malade travaille avec activité. Il est en somme guéri pour la deuxième fois. Toutefois il consent à attendre, pour sortir de l'asile. Il n'en sort pas, car quelque temps après il fait une rechute et tombe dans la manie chronique. L'excitation maniaque est moins bruyante peut-être, il y a un calme relatif, le travail est régulier, mais l'on

constate des attitudes menaçantes, énigmatiques et un mutisme intermittent. C'est alors seulement et six ans et demi après le début de l'affection que se montre un affaiblissement intellectuel saisissable, un début de démence. Par la suite le malade persiste dans la manie chronique ; il travaille automatiquement, et c'est tout ce qu'on relève à charge de démence pendant les deux années qui suivent.

Les antécédents héréditaires sont chargés : la mère est déséquilibrée et une sœur est aliénée. Pour ce qui touche au malade il est presque certain qu'il ne s'est jamais livré à la boisson.

OBSERVATION III

Il y a quelques mois le malade qui fait le sujet de cette observation d'ailleurs résumée devient triste ; il craint la tuberculose. Autrefois il a fait une pleurésie, et il a quelques raisons de redouter une nouvelle poussée. Pourtant il s'est guéri ; et il se porte très bien quand il prend l'appréhension d'être malade, appréhension qui bientôt se change en une hypocondrie très intense. Il est atteint d'une foule de maux imaginaires, il se croit perdu ; de plus il a des idées de mariage mais se désole parce qu'il se croit incapable d'une union. C'est un garçon de vingt-huit ans indemne jusqu'alors de troubles mentaux.

Son certificat d'entrée est ainsi conçu : crise d'excitation maniaque, qui remonte à trois jours ; agitations, violences, actes impulsifs, cris, chants, propos incohérents, prières, idées de damnation, alternatives de calme ; hallucinations de la vue et de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale. A son entrée le malade présente une grande confusion des idées, des hallu-

cinations, une agitation presque continue, des terreurs suivies de fugues, d'impulsions dangereuses, des tendances à frapper et à lutter contre un ennemi imaginaire. Il a une anxiété très marquée qui amène des crises fréquentes de violences muettes mais furieuses. Pendant ces crises sa physionomie exprime le désespoir en même temps qu'il engage une lutte avec les gardiens chargés de sa surveillance et que ses mains s'appliquent rageusement au larynx comme pour s'étrangler. Puis le calme revient, et ses regards restent dans le vague comme sollicités par des visions. Cet état se modifie pourtant, et le malade redevient franchement maniaque : il chante, vocifère, se roule dans la poussière, cherche à boire son urine et à manger ses excréments. Pendant des mois c'est de l'excitation maniaque avec alternatives de mélancolie, de religiosité et de crises formidables impulsives telles qu'elles sont décrites plus haut. Puis sans transition le malade tombe immédiatement dans la démence : il y a un an qu'il est entré à l'asile. C'est dès lors un dément maniaque dont l'agitation devient automatique.

Cet homme fut toujours d'un niveau intellectuel peu élevé. La famille ne le cache même pas. Il peut être dit atteint de dégénérescence mentale. Il est à noter qu'il n'a jamais bu. Ses antécédents héréditaires comportent un père alcoolique qui toute sa vie à bu et est mort complètement aliéné.

OBSERVATION IV

Un jeune garçon de vingt-trois ans vivant jusqu'alors auprès de sa mère se trouve dans la nécessité de la quitter et de se

placer en qualité de domestique. Il en est très chagrin et huit jours après tout à coup au milieu du repas en commun il se sauve, il fuit sa nouvelle résidence, il prétend qu'on lui veut du mal, qu'on cherche à l'empoisonner. Il se rend chez les divers membres de sa famille : tous veulent également l'empoisonner ; il les menace de mort ainsi d'ailleurs que les voisins. Il va même jusqu'à frapper sa mère et il manifeste l'intention de l'étrangler. Il passe la nuit dans une violente agitation. A son entrée il accuse surtout une panophobie intense : il est pris d'accès de terreur qui lui font pousser des cris épouvantables, ou bien soit qu'il ait peur, soit qu'il voit des ennemis imaginaires il bondit comme une bête droit devant lui. Il a des moments de calme pendant lesquels il est possible de l'interroger. On constate alors un état confusionnel évident avec un certain oubli du cours du temps. Mais les phobies sont multiples et sans que le malade sache en donner des raisons plausibles il avoue ses craintes d'être empoisonné, d'être tué ; il a d'ailleurs le masque de la peur et ses yeux s'égarent comme vers des visions qu'il ne peut chasser. Pourtant un accès maniaque change la scène quelque temps après une période de torpeur qui a succédé à la crise panophobique : il y a des chants, des gestes incohérents des paroles sans suite ; puis soudain des cris de frayeur avec une expression de terreur ; enfin des impulsivités se traduisant par des coups.

Le calme survient cependant ; et c'est l'hébétude la plus complète sans qu'il soit possible d'obtenir une parole, une réponse. C'est alors qu'une amélioration très sensible se produit quelque temps après ; plus de phobies, plus de manie ; presque de la lucidité. Cette amélioration permet de constater un affaiblissement de l'intelligence indiscutable ; il y a un mois que l'affection a débuté. Le trouble délirant, il est vrai, est désormais moins profond ;

mais bientôt le mieux disparait pour faire place à de l'apathie, de l'inertie, de la stupidité entrecoupées d'accès de fureur. Un an et demi après le malade est dans la démence absolue, démence apathique avec crises subites d'agitation maniaque et impulsions violentes.

Les antécédents héréditaires dénoncent le père comme ayant été toute sa vie un alcoolique invétéré ; la mère est une débile tout au moins au point de vue physique. Le malade n'a jamais bu ; jamais il ne s'est débauché ; on lui reproche seulement des habitudes d'isolement. A quinze ans il fait une typhoïde qui n'aurait pas laissé de traces. Il porta longtemps des plaies aux jambes qui l'ont exempté du service militaire. Qu'était-ce ? Toujours est-il qu'il jugea à propos de consulter une somnambule pour ces jambes et qu'il en fut très impressionné. Cela se passait deux ans avant son entrée à l'asile.. Ajoutons que la région lombaire et l'aine droites portent des cicatrices d'abcès froids.

Pour ce qui touche à la mentalité antérieure les renseignements sont succincts : il savait lire et écrire et c'est tout.

OBSERVATION V

Le malade est âgé de trente et un ans. Etant au service militaire il lui arrive un accident avec son cheval ; on le réforme. Il s'en montre très contrarié et quelque temps après il accuse un état d'esprit assez particulier.

Il se plaint de sensations bizarres ; ses jambes sont lourdes un malaise lui monte des pieds à la tête, il se sent mal en train. Trois ans avant son entrée à l'asile il manifeste même une activité excessive, presque de l'excitation ; et il prétend que

tout cela lui monte à la tête. Il se maintient cependant. Mais à l'occasion d'une batterie de grains, peut-être à la suite de fatigues, il prend le parti de se coucher. Il garde le lit tantôt s'agitant tantôt dormant et branlant sa tête comme trop lourde. Il s'imagine que c'est une maladie qui lui est donnée. Pourtant un traitement l'améliore et il reprend son travail. Mais il est défiant et il se croit en but à des sorcelleries. Tous veulent l'ensorceler. Il achète des livres pour devenir plus fort que les sorciers et les dominer. Enfin huit jours avant son internement le délire éclate: c'est alors une crise d'excitation maniaque, il court sans but, crie, chante, jette son argent au vent, menace; même il se jette dans un puits. Ce malade se présente avec un état confusionnel intense; il est complètement égaré, se déshabille sans cesse, saisit tous objets à sa portée et les rejette indistinctement ; il crie, chante et continue sa crise maniaque ; puis l'état mental se transforme. Ce n'est plus de la manie ; c'est de la stupeur qui devient de plus en plus complète. L'inertie, le mutisme s'y ajoutent et ne laissent que quelques traces de l'ancien délire. De plus l'alimentation devient très difficile devant la résistance du sujet. Celui-ci d'ailleurs s'oppose volontiers aux mouvements communiqués; il raidit ses membres dès qu'on veut les remuer. Cette stupeur profonde persiste de longs mois. Deux ans après l'entrée à l'asile le malade est un déïment avec alternatives d'excitation et d'apathie. Cet état est définitif.

Il n'y a pas d'antécédents. Le malade était intelligent ; il apprenait très bien à l'école. Il a eu la fièvre intermittente à une certaine période. Il est bon de noter qu'environ trois mois avant l'internement il se mit à boire ; il s'enivrait régulièrement. Mais il n'y eut rien de semblable précédemment.

OBSERVATION VI

Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans qui depuis environ huit mois accuse un état d'esprit assez particulier. Il est impossible de préciser, la famille ne s'expliquant guère à ce sujet. Il y aurait eu jusqu'à du délire. A son entrée cette malade est très excitée ; loquacité, actes désordonnés, invectives et grossièretés forment son bilan. Elle se calme vite, s'occupe même, et présente seulement comme résidu délirant des convictions singulières : elle doit épouser le petit-fils d'une dame qui lui est complètement étrangère et qui ne peut guère songer à elle dans cette occurrence.

Elle écrit cependant à cette dame : ma chère grand'mère et lui expose toutes les peines qu'elle éprouve ; elle fait ainsi un tableau très poussé de l'asile. Quand on l'interroge sur l'origine de cette conception, elle reste muette. Elle consent cependant à dire qu'elle s'entendait appeler de la maison du jeune homme et elle ajoute que chaque fois d'ailleurs elle se faisait éconduire quand elle s'y présentait. Longtemps la malade ne se manifeste plus autrement mais elle prend peu à peu de la paresse, une humeur capricieuse quelques idées ambitieuses. Puis, c'est une aboulie complète, elle tombe dans l'hébétude. Elle est incapable de se livrer au moindre effort : c'est une somnolence continue. Elle ajoute des hallucinations nocturnes, puis un nouveau délire qu'elle traduit ainsi : quelque chose la gêne au pharynx, l'empêche de parler; on veut l'étrangler ; la nuit on veut lui couper le cou ; elle entre alors dans une anxiété intense.

Il y a un peu moins de de deux ans que cette jeune fille est entrée à l'asile quand la famille se décide à la retirer. Elle reste chez elle deux ans et un mois exactement.

Elle est internée à nouveau à la suite d'actes scandaleux. Seule dans sa chambre elle recevait, paraît-il, des adorateurs par séries et se livrait à toutes les débauches. D'autre part elle n'hésitait pas à frapper toutes les personnes qui s'interposaient, même ses proches. D'ailleurs depuis sa sortie elle se refusait à toute activité, à tout travail ; elle se contentait de se faire héberger chez ses divers parents. A son entrée le délire s'accuse : elle se dit la fille de Louis-Philippe ou du Président, elle est un garçon et refuse des habits féminins, elle parle sans cesse agrémentant son langage d'invectives grossières ; elle refuse de travailler car elle est là comme infirmière et non comme malade. Elle fait en somme une crise d'agitation maniaque avec érotisme et langage obscène. Elle se déshabille, se montre nue au milieu de la salle, revêt même un jour des habits d'homme. Une idée lui prend aussi de se croire enceinte. Elle semble très hallucinée et se livre à des colloques avec des êtres imaginaires. Cette manie persiste avec toujours de l'agitation, de l'érotisme, des impulsions. Mais la malade fait de la tuberculose. Elle doit garder le lit. Elle est cependant encore très agitée par périodes. La bacillose progresse. Elle meurt dans la manie chronique et la phtisie quatre ans et plus après sa seconde entrée.

Il y a des antécédents : le père un cuisinier de bord est mort à quarante-huit ans d'une maladie indéterminée ; la mère est morte à trente-cinq ans « d'une mauvaise fièvre » ; une tante est morte dans un asile, un cousin également.

Les règles chez cette jeune fille étaient pénibles et provo-

quaient une certaine excitation. Quatre mois environ avant son entrée à l'asile elle fit un voyage à Lourdes. Quel en était le but ? On sait que la malade à ce moment délirait presque. Il est à noter qu'elle fit une typhoïde cinq ans avant d'être internée pour la première fois. Enfin et surtout la malade présentait des signes de dégénérescence : c'était une infantile menue et délicate avec déformations caractéristiques des oreilles.

OBSERVATION VII

La jeune H..... bien qu'âgée de seize ans à peine, travaille depuis longtemps déjà comme servante. On s'accorde à la trouver très intelligente. Quelques semaines avant son entrée, et alors qu'elle se livrait à ses occupations habituelles elle est prise d'un singulier trouble qui ne fait que s'accentuer et qu'aussitôt elle caractérise : « J'ai peur ; le diable vient, il est là » et elle barricade sa porte au moyen d'un lit. Le délire persiste et l'internement est décidé.

C'est une jeune fille, petite aux traits fins et réguliers, et qui donne l'impression d'une infantile. Elle est agitée et complètement égarée. Elle s'oppose avec la dernière énergie à tout ce qu'on veut lui faire faire. Elle a de l'angoisse et du doute. Inutile de l'inviter à manger ; elle ne le peut pas. Tout d'abord il semble qu'elle veuille accepter les aliments qu'on lui présente, puis au moment de les porter à sa bouche, elle les rejette violemment. Quand par hasard on a réussi à lui faire avaler quelques parcelles de son repas, elle est prise d'anxiété, car, dit-elle, «il ne m'était pas permis de manger ». Pourtant il arrive,

qu'après être restée un certain temps devant une portion de viande, elle se décide, seule à la manger, non sans toutefois regretter son acte. « Tant pis, je le mange ; c'est peut-être de la chair humaine ». Elle a des actes impulsifs. Soudain elle distribue des soufflets, ou bien crache dans ses mains et les colle sur les visages qui se trouvent à sa portée. Constamment elle parle du diable ; mais elle ne répond à aucune question, et son regard est toujours inquiet.

Le certificat d'entrée porte la mention suivante : manie avec agitation vive, impulsions irrésistibles, phénomènes d'arrêt, aboulie, doute et idées de possession démoniaque, cris, actes de fureur, refus d'aliments.

La malade ajoute bientôt des idées d'hypocondrie : elle a maigri, son père ne la reconnaîtra plus. Puis ses impulsions persistent. Elle se met nue et déchire sa chemise ; elle n'a pas souvenir de son acte.

Le certificat de quinzaine la caractérise ainsi : état de confusion extrême avec phobies, illusions multiples, attitudes cataleptoïdes, impulsions à frapper, à détruire, résistance à tout.

L'état reste stationnaire pendant de longs mois. On obtient que la malade obéisse en lui défendant de faire ce qu'on veut lui ordonner. Cependant son mutisme, son effarement, sa folie d'opposition ne régressent pas. Sa mère vient la voir : elle pleure, mais ne lui parle pas ; quand celle-ci se dispose à l'embrasser, elle se retire, quand elle la voit partir elle court vite la retrouver.

C'est bientôt un état de stupeur avec hébétude profonde. Toutefois l'état physique s'améliore ; il y a même un peu d'embonpoint.

Un an après son entrée la malade tombe dans la démence avec stupidité, actes automatiques extravagants, délire d'opposition, coprophagie, cris et violences. En trois années la démence est totale avec alternatives de stupeur et d'agitation furieuse.

Une grand'mère aliénée est morte dans un asile. La malade a été réglée à quatorze ans. Elle avait ses règles quelques jours avant son entrée; on les vit réapparaître deux mois après. Ce sont les seuls antécédents héréditaires ou personnels.

OBSERVATION VIII

Mme Ch..., est âgée de trente ans quand elle entre à l'asile. Son histoire n'a pas été recueillie, mais les certificats suffisent amplement à la caractériser. Le premier porte la mention suivante: stupeur cataleptiforme, attitudes extatiques; la malade prononce d'une voix indistincte quelques mots d'où l'on peut inférer qu'elle est en proie à un délire religieux intense. En somme, c'est une catatonie avec délire religieux et stupeur. Le second constate la persistance des symptômes: stupidité avec apparence cataleptiforme; Mme Ch... ne donne aucun signe d'activité intellectuelle à part quelques mots incohérents qu'elle murmure quand on l'interroge; elle est inerte. Cet état dure plusieurs mois, puis peu à peu la stupeur disparaît, et la catatonie fait place à un délire orgueilleux et incohérent, une mégalomanie de forme mystique. Il y a dix mois environ que la malade est entrée à l'asile. Cette nouvelle phase dure peu, et bientôt c'est la démence caractérisée qui apparaît avec un reliquat d'idées ambitieuses. Il s'y ajoute de l'agitation et des crises maniaques. Meurt deux ans après de bacillose.

L'hérédité est très chargée. La grand'mère paternelle fut aliénée, la mère eut également pendant quatre mois des troubles cérébraux, enfin une sœur est morte aliénée.

OBSERVATION IX

A seize ans B... Mélanie est prise d'un accès de manie. Elle, allait chercher du lait quand tout à coup elle se croit très riche. Elle court les églises, les cimetières, les magasins, fait des achats multiples pour donner aux pauvres. Cela dure peu et elle guérit complètement en quelques semaines. Elle garde toutefois une certaine irritabilité.

A vingt deux ans cette jeune fille entre à l'asile. Elle fait pour la seconde fois de la manie aiguë. Domestique chez de vieilles gens elle voit mourir son maître et va tout naturellement à ses obsèques. Mais au retour du cimetière elle se montre étrange : elle est très exaltée. Pourtant elle reprend ses occupations habituelles. Quelques jours après cet incident elle a la fantaisie de revêtir ses plus beaux habits, puis elle se rend à l'église, au cimetière. Sur le parcours elle parle à tous avec volubilité. Bientôt son travail est négligé ; elle le quitte à tout instant pour danser et gesticuler ; elle court les rues en tenant des propos injurieux. Elle suit un convoi funèbre, un mariage, et insulte tous les assistants. Enfin elle fuit à travers champs. Par instants elle reprend sa lucidité.

A son entrée la malade est en pleine crise d'excitation maniaque. Cet état dure deux mois. Puis le calme apparaît. Tout le jour la jeune B... travaille à la couture ; elle se montre très docile mais persiste dans ses propos incohérents. Cependant un

mois après le début de l'amélioration la lucidité revient, et la sortie est signée, quelque temps après la guérison est complète

Dans les antécédents personnels on note quelques convulsions de l'enfance et une scarlatine à l'âge de trois ans. Les règles furent toujours assez régulières ; à l'asile même elles ne se montrèrent que trois fois, précisément vers la période d'amélioration. Toute jeune la malade apprenait bien ; même avant son internement elle se laissait aller à trop de lectures. Son état physique fut toujours satisfaisant. A remarquer une conformation spéciale de la région frontale qui est étroite, comprimée latéralement, resserrée, fuyante ; de plus un strabisme de l'œil droit. L'hérédité est chargée : le père eut une attaque de paralysie deux ans avant la naissance de sa fille, la mère a toujours passé pour une excentrique, une tante fut hypocondriaque, le grand-père maternel est mort « d'un coup de sang ».

Cette malade guérie devait revenir. A vingt-huit ans elle fait une rechute, et entre pour la seconde fois à l'asile. Elle est maigre, son teint est terreux, ses traits sont tirés, ses yeux expriment l'effroi. Son agitation est désordonnée ; elle cherche à fuir, se déshabille, se met à genoux, parle à voix basse. La confusion des idées est complète ; son délire se manifeste par des phrases sans suite : « Je suis pourrie, je suis morte, je vois du feu, je vois l'enfer, je suis S ! Lucifer. » Elle a des impulsions au suicide. Pourtant l'orage se calme, mais pour faire place à un mutisme complet. Le facies dénote une mélancolie profonde. Bientôt la stupeur s'installe. On voit apparaître de la raideur musculaire, des attitudes cataleptiformes. Affalée, dans un coin, le menton sur les genoux, les yeux clos, ou bien allongée sur le sol, la malade ignore le monde extérieur, elle reste raidie

dans la position qu'elle a prise et on la remue d'une pièce. Pourtant elle s'agite quelquefois ; subitement elle se relève et court frapper une malade sans parler et sans que sa face exprime une pensée quelconque. Une manie persiste chez elle, et elle la gardera jusqu'à la démence absolue : elle cherche à tout instant à s'asseoir sur le poêle... et il est rouge. Des éclaircies se montrent dans la stupeur pendant lesquelles il y a encore place pour quelques propos incohérents. Mais un an exactement après l'entrée elle est définitive. Il s'y ajoute de la folie d'opposition, du négativisme.

Cette stupeur alterne avec des impulsions persistantes et dangereuses pour elle-même et pour ses compagnes, un désordre complet des actes et des paroles, une agitation très violente. La malade était tombée dans la démence la plus complète quelques années, après quand elle mourut d'une maladie intercurrente.

OBSERVATION X

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-trois ans, ancien séminariste, qu'amène un prêtre son parent. Les antécédents sont vagues mais ils sont suffisants pour établir l'état mental. La caractéristique est que cet enfant fut d'une intelligence moyenne jusqu'à sa rhétorique. Arrivé à cette période des études il déclina visiblement ; ses facultés cérébrales devinrent dolentes et on remarqua très vite qu'il ne pouvait plus suivre ses condisciples. Il y eut un arrêt presque subit bien que partiel de son intelligence. On se décida à lui faire abandonner la carrière religieuse et il prit le chemin des champs chez son frère,

un curé de village. Là, rien de particulier à noter : libéré d'études devenues trop fatigantes pour lui il fut livré à des occupations moins absorbantes. On eut pu croire à une simple erreur dans la direction donnée à son avenir quand il y a six mois le jeune homme se mit à délirer. Il a des idées de grandeur, il est évêque, il est pape ; il est destiné à une grande mission sur la terre. Il entre à l'asile. Au physique c'est un garçon assez laid mais sans stigmates.

Il est épais de toute sa personne ; son facies est figé. Son intellect le serait moins. Il ne répond qu'avec des réticences ; il est méfiant. Pourtant son interrogatoire permet un certificat d'entrée : idées de persécution et de grandeur, crises panophobiques et impulsions violentes, s'imagine qu'il est appelé à de hautes destinées, alternatives d'excitation et de dépression, se plaint d'un fluide qui le parcourt en entier. Quelques semaines après le malade se caractérise : c'est un délire de persécution avec troubles de la sensibilité générale, idées d'empoisonnement, atteintes d'un courant électrique, bouffées d'idées ambitieuses et obsessions. Cependant le délire mystique ne perd pas ses droits ; il est intense et bientôt c'est par un désir de jouer les martyrs qu'il se manifeste ; il y a refus d'aliments, scrupules ridicules avec rémittences qui donnent soit des périodes de calme avec lucidité relative, soit des périodes d'agitation. Mais l'extase le guette, et on le surprend les yeux au ciel dans une attitude inspirée ; il voit Dieu qui l'invite à des missions mystérieuses. Il se produit une demi-stupeur pendant laquelle il parle à voix basse sans que rien puisse l'en distraire ; puis revient une lucidité presque complète. Si on lui demande alors pourquoi il refuse de s'alimenter il répond qu'il doit se mortifier. Tout à coup il a une crise formidable : non seulement

il refuse totalement de prendre de la nourriture, mais il cherche manifestement à se détruire; d'un élan il se précipite la tête contre le mur et répète cette manœuvre jusqu'à ce qu'on puisse s'en rendre maître. On lui administre de l'hyoscine, et on lui passe la sonde. Puis il retombe dans la stupeur accompagnée des mêmes idées délirantes.

Le malade est au quatorzième mois de son affection.

Un extrait d'une lettre qu'il écrivait quelque temps avant le montre sous son aspect ordinaire :

«Bien cher parrain : le salut est proche, *salus proximus est*, c'est ce qu'on chantait à la messe dimanche dernier. Oui et ce salut c'est moi : « *Ego sum salvator mundi* », on me l'avait déjà dit à Angoulême et je l'avais caché jusqu'ici à ceux qui m'entouraient dans la crainte de dévoiler les secrets de la Sainte Eglise. Je suis Pierre et c'est à moi que s'applique le « *Tu es Patrus* » de nos livres saints. Avant de dévoiler la mission sublime à laquelle je devais être appelé il fallait que je passe par toutes les épreuves où j'ai passées Eh bien ! il est temps de dévoiler la mission sublime où je suis appelé. J'ai traversé toutes les afflictions de la vie. — Je suis en ce moment en enfer. — Ma mère qui est avec moi fait elle-même mon plus grand martyre et toutes les personnes qui m'entourent font mon supplice. Je ne puis travailler nulle part à cause de cela. Ce supplice que me fait endurer toutes les personnes que je vais m'empêcher de travailler.

Le même supplice se produit à l'estomac et aux intestins et à la tête ! Il n'y a qu'avec vous que je sois en très bonne santé ; encore faut-il que vous soyez tout seul et que votre servante n'y soit pas.

OBSERVATION XI

Un jeune homme de 20 ans, entre à l'asile. Le médecin certificateur s'exprime ainsi : malade atteint de monomanie ; parle sans cesse de se suicider ou de tuer quelqu'un chez lui. Il prétend que c'est sa mère qui l'a « ensavaté ». Trois jours durant il refuse de prendre de la nourriture par crainte d'être empoisonné. Le diagnostic porté après examen est celui-ci : mélancolie hypocondriaque. Et en effet l'hypocondrie est manifeste ; il s'y ajoute des accès maniaques d'un caractère impulsif des angoisses, des obsessions. Dans l'intervalle des crises le malade est déprimé, sans force ; il se plaint de toutes indispositions imaginaires. L'état s'aggrave d'une foule de troubles « impossibles à exprimer », de lourdeurs de tête et surtout d'une dépression générale avec inactivité complète. Plusieurs mois se sont écoulés et l'hypocondrie qui n'a pas cédé s'accompagne maintenant de névralgies erratiques surtout faciales. Ce qui frappe à ce moment c'est un amaigrissement subit et rapide. La nutrition périclite, bien que le gavage soit ordonné ; et d'ailleurs le malade ne se prête guère aux soins qu'on lui donne, car il prétend ne pas pouvoir ouvrir la bouche. Pourtant l'état mental qui persiste longtemps encore finit par s'améliorer, et deux ans et demi après le début l'hypocondrie et la neurasthénie ont disparu. Le malade travaille régulièrement ; il sort guéri. Mais l'état physique laisse toujours une extrême maigreur.

Trois mois après ce jeune homme est ramené à l'asile ; il s'agit toujours d'hypocondrie accompagnée d'accès d'agitation mania-

que. Longtemps on peut constater une mélancolie profonde, de la dépression, une fatigue continuelle, des plaintes de toutes sortes; et c'est un état qui va s'éterniser. Mais la mentalité se transforme cette fois. En effet, plus tard le malade manifeste de l'excitation avec délire mystique et ambitieux. Il raconte que chez lui depuis son adolescence il a des visions. Jésus lui est apparu toutes les nuits la tête et les mains rayonnantes. Il se croit appelé à opérer une nouvelle rédemption du genre humain; il lui semble que ce qu'il éprouve influe sur l'univers, que les cataclysmes résultent de ses maux. Ce délire aboutit à la démence; celle-ci apparaît huit ans après le début de l'affection Dès lors c'est un dément parfois agité et violent avec hypocondrie, mégalomanie et idées mystiques, incohérentes. Il s'y ajoute quelquefois un délire de persécution.

Le sujet offre un infantilisme relatif. Ses antécédents héréditaires comportent un aïeul, un grand oncle et une mère aliénés.

Un extrait d'une lettre qu'il écrivait à l'apparition de son délire mystique le montre sous un aspect assez particulier : Mon père, arracher mois du Glaive transpirant la vie mortelle — que l'agneau sans tache sois votre norriture et la rassurance de tous bienffait — que marie mère de Dieu ne s'écarte pas de mies pas je serais toujours le Guide de mon frère Pierre — que ma présente lettre soi contracté d'une Union « ammontable » dans tous le monde pour toute la vie.

OBSERVATION XII

Cinq années auparavant cette malade qui compte 28 ans à son entrée, perd, durant trois mois au cours d'une couche. Ces hémorragies la fatiguent, l'anémient.

De plus elle ne retrouve pas au point de vue mental son équilibre habituel ; elle n'est plus dans son état normal. Il arrive même que son entourage la trouve très affaiblie intellectuellement. Cet affaiblissement persiste ; il semble définitif. Les dix-huit derniers mois il y a des progrès rapides pour un état mental caractérisé : la malade est indifférente à son intérieur ; elle ne s'occupe plus de ses enfants, ne les envoie plus à l'école ; elle s'imagine qu'on la vole, que toutes ses voisines parlent d'elle en termes défavorables ; elle accuse son mari de violences et de mauvais procédés à son égard ; elle accuse sur la fin des idées de richesse et prétend que toutes les maisons voisines lui appartiennent Enfin elle montre de l'insensibilité affective. Cette femme est alors amenée à l'Asile.

On constate un affaiblissement de l'intelligence manifeste. La malade est de plus indifférente à sa situation ; elle ne se rend compte de rien, paraît ne pas se souvenir de ses enfants ; elle a une inimitié très grande contre son mari qu'elle accuse de toutes sortes de persécutions absurdes et puériles ; elle est péoccupée par des idées de richesses. De temps en temps elle s'agite et se livre à des mouvements exagérés, ou bien elle marche des heures entières, sans se reposer et sans consentir à parler. Quelques mois après son entrée elle est ainsi décrite par le certificat ; persécution et grandeurs ; phases d'apathie et d'indifférence ; impulsions violentes et dangereuses ; haine contre son mari ; indifférence et calme habituels. C'est en somme la continuation de son délire du début. Ce sera ainsi pendant de longues années, au cours desquelles la malade ne manifeste autre chose qu'un délire chronique de persécution et de grandeur. Pourtant il convient de noter qu'un an environ après l'entrée, déjà et en plus des signes précités, il y a une marche

accentuée vers la démence. Mais quatre ans encore se passent avant que cette femme n'accuse une démence vraie avec ses signes classiques. Il faut donc cinq années après l'internement, et l'on peut dire cinq années avant, pour que le cycle soit parcouru. C'est dès lors une démente avec délire des grandeurs et alternatives d'agitation et de dépression. Les antécédents ne sont pas recueillis. Cette observation d'ailleurs est résumée.

CONCLUSIONS

Nous pensons que la Démence précoce ne peut être basée sur la définition Allemande élargie par l'école Française et sur l'arbitraire des formes imposées. Elle ne peut l'être que sur la démence d'Esquirol ; et précoce, celle-ci ne l'est jamais. Le diagnostic devient impossible ; l'entité vraie disparaît. Tout au plus on peut admettre des cas où l'affaiblissement de Krœpelin se montre d'emblée avec les apparences d'une psychose déterminée.

Là il convient d'être sceptique et de se tenir sur la réserve. L'hérédité est manifeste alors, et l'on est conduit par elle à une doctrine plus sûre.

Cette hérédité si fréquente dans les maladies mentales en impose. Depuis plusieurs années, on s'inquiète de la dépopulation, on propage les idées bienfaisantes de la reproduction. Cette propagande ne va pas sans un certain danger. A notre époque où l'alcool, la syphilis, la misère matérielle ou morale qui entraîne la misère physiologique, ruinent l'espèce, il serait pru-

dent peut-être de proclamer que seuls les sains de corps et d'esprit sont plus spécialement appelés à reproduire.

Les Américains l'ont compris, mais avec leurs procédés tranchants, ils sont sans aucun doute allés un peu loin en proposant de supprimer les attributs sexuels des tarés. Dans notre pays où les idées nouvelles savent souvent allier la bonté à l'humanisme, des maîtres éminents s'occupent à des études plus philosophiques. Ils veulent pour tous le bonheur. Ils traquent les misères dans leurs repaires : elles sont les coupables.

Vu : le Président de la thèse,
JEFFROY

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Kahlbaum. — Gruppirung der psychischen Krankheiten. 1863.

Hecker. — Die Hebephrenie (*Virchow's Archiv.*, t. LVI, S. 394-429).

Krafft-Ebing. — Traité clinique et pratique des Maladies mentales, 4e éd., trad. Laurent.

Schüle. — Traité des Maladies mentales. Trad. Dagonet et Duhamel.

Sterz. — *Jahrb. f. Psychiatrie*, 1879, I, p. 79.

Einh. — Beitrag zur Keuntniss der Jugenderresein (*Allgemeine Zeitsch. für Psychiatrie*, 1880, S. 490).

Trewbridge. — The insanity of pubescence (*Alienistand neurologist*, 1891, p. 341).

Pick. — *Prager med. Wochensch.*, 1891.

Daraskiewicz. — Ueber hebefrenie insbesoudere deren picheren. form. Dorpat., 1892.

Krœpelin. — Psychiatrie, 4e éd. Leipzig, 1893.

Maïchline. — Société de neurologie et de psychiatrie de Moscou, 8 avril 1894, in *Revue neurolog.*, 1894, p. 683.

Scholz. — *Allg. Zeitschrift f. Psych.*, 1897.

Aschaffenburg. — 28e Congrès des Aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest à Karlsruhe (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1897).

Christian (Charenton). — De la démence précoce des jeunes gens. Contributions à l'étude de l'Hébéphrénie (*Ann. médico-psychologiques*, 1899).

Krœpelin. — Psychiatrie, 6e éd., Leipzig 1899.

Finzi et Vedrani. — Contr. clinico alla dottrina della demenza precoce (*Rivista sperimentale di frenatria*, 1899).

Séglas. — La démence paranoïde (*Ann. méd. psych.*, 1900).

Sérieux. — La démence précoce (*Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie*, 10 mars 1901).

Sano et Heilporn. — Un cas de catatonie (*Bulletin de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, sept. 1901).

Masoin. — Remarques sur la catatonie (*Journal de neurologie*, n° 4, 1902).

Meeus. — De la démence précoce chez les jeunes gens. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1905).

Masselon. — Psychologie des déments précoces (thèse de Paris, 1902).

Comptes rendus du XIII[e] Congr. intern. de médecine, Paris, 1900. Section de psychiatrie : Rapport sur les psychoses de la puberté.

Kahlbaume. — Die Katatonie oder das Spannungsirresein, 1874.

Séglas et Chaslin. — *Archives de neurologie*, 1899, etc., n[os] 44, 45, 46.

Séglas. — Une observation de mélancolique cataleptique (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1889).

Ricci. — Les stéréotypies dans les démences et spécialement dans les démences consécutives (*Riv. sp. di fren.*, 1890).

Cahen. — Contribution à l'étude des stéréotypies (*Arch. de neurologie*, déc. 1901).

Maudsley. — Pathologie de l'esprit. Trad. Germant, 1883.

Séglas. — La Paranoïa (*Arch. neurol.*, 1887).

Kéraval. — *Archiv. de neurologie*, 1894, 1895.

Séglas. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, 1895.

— La Démence paranoïde (*Ann. méd. psych.*, 1900).

Sérieux. — La Démence précoce (*Gaz. hebd., mars* 1901).

Morselli et Buccola. — X[e] Congr. Assoc. med. ital. *in* Modène 1882.

Amadéi et Tonnini. — IV[e] Congr. de la soc. fren. ital., 1884.

Tanzi et Riva. — La Paranoïa (*Rivista sperim di frenatz*, 1884. 85-86).

Dide et Chesnais. — Société de neurologie (juin 1902.)

Fornarier. — *Thèse Paris*, 1899.

Raymond. — Clin. de la Salpêtrière, tome 1, p. 592.

Aschaffenburg. — Congrès des aliénistes de l'Allemagne.

Kowalewski. — Sur la curabilité de la démence. *Annales méd. psych.*, juillet 1886.

Elminger. — 49 cas de folies de la puberté. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1900).

Marro. — La puberté chez l'homme et chez la femme, étudiée dans ses rapports avec l'anthropologie, la psychiatrie, la pédagogie et la sociologie, 1901.

Masselon. — La Démence précoce, Paris 1904.

Deuy et Ray. — La Démence précoce, Paris 1903.

Congrès des Aliénistes, août 1904 (Pau). Compte R. *Semaine médicale*, août 1904.

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.